

# sens

OM SMÄRTA OCH SENSORISK STIMULERING

SÅ HÄR GÖR VI

## AUSKULTATION PÅ SMÄRTCENTRUM ÖSTRA SJUKHUSET

SIDAN 8

SMÄRTSEKTIONEN & MILJÖN

## Sammanställning av 2019 års miljöarbete

SIDAN 4

SMÄRTA

## Ny definition av smärta

SIDAN 6



Smärtsektionen

# Att leva mitt i pandemin

Jag är mitt i semestern i skrivande stund, som vanligt tillbringar vi den i vårt torp ute på landsbygden väster om Vättern. Regnet öser ner utanför, åskan mullrar och jag ligger i soffan och skriver. Dagarna tillbringas med att gå i skogen och plocka svamp (kantareller, Karl Johan och taggsvamp), plocka olika bär som kokas till sylt, läsa böcker, lyssna på poddar, fika, titta på fåglar och spela kubb.

Boken jag läser just nu och kan rekommendera heter Sapiens, av Yuval Noah Harari. Det är en sammanfattning av människans utveckling här på jorden och bjuder in till många intressanta reflektioner och möjligheter till diskussion om hur vi har utvecklats som art och blivit så dominant på jorden att vi nu är toppen av näringskedjan och har kunnat påverka hela jordens alla ekosystem. För just nu är den diskussionen aktuell inom många områden.

**Trots att jag är** lite bortkopplad från internet och världen påverkar Covid-19 fortsatt våra tankar och beteenden och är det dominerande samtalsämnet med dem som kommer på besök.

**Vi lever mitt i en pandemi** som blottat våra samhällens sårbarhet och kraftigt har förändrat vad vi anser är normala sociala beteenden. På kort tid gick vi till exempel från att diskutera om flygskatten överhuvudtaget var rimlig eller skulle påverka ekonomin alltför negativt, till att de flesta kommersiella flygningar i hela världen ställdes in på grund av Covid-19. På en månad utan flyg och massbilism under "lock-down" klarnade luften och himlen kunde återigen skådas i Delhi och Peking, normalt täckta av smog. Vilda djur tog över städer, floder och parker, när människorna var inlåsta hemma.

**Vi stod handfallna**, oförberedda och rädda, hela världen samtidigt, för ett virus som vi inte kunde överblicka eller förstå. Våra omfattande åtgärder genom rekommendationer, regler och förändrade vardagliga beteenden, som inneburit enorma konsekvenser för människor, gav alltså också relativt stora effekter i naturen, snabbt. Det gav mig ett litet hopp om att om och när förändring sker så kan det gå fort, även om orsaken till förändringen nu var

hemsk. Att vi kan ställa om och förändra våra beteenden, om vilja och behov finns.

**Mitt fokus i pandemin** ligger fast i mina engagemang på miljö och folkhälsa. Här har det hänt mycket, både i form av bra förändringar - och kraftiga försämringar. Den enkla vardagsmotionen genom att ta sig till och från jobbet har minskat i och med arbete hemifrån, vilket kan ha långsiktigt negativa konsekvenser. Det är ofta en omedveten motion som vi inte självklart ersätter. Dock har jag hört om flera som fått som rutin att ta pauser och göra enklare träningspass eller ta en promenad. När vi jobbar hemifrån kan vi också få färre störningsmoment och mindre störande buller från omgivningen. Många av mina patienter som arbetat hemifrån under våren upplever ett större lugn och bättre arbetsro, vilket minskar stress och oro.

**Dessutom har** cykelförsäljningen ökat på grund av pandemin, både i Sverige och i andra länder i Europa. Många som inte kan åka kollektivt på grund av smittoriskerna har funnit nya möjligheter med cykeln. I städer som Berlin, Bryssel och Barcelona breddar man nu cykelbanorna och prioriterar cykeln som trafikslag. Jag hoppas att fler även hittat till cykeln för sina semestrar i stället för att sätta sig på charterflyg. En annan coroneffekt som vi sett är en stor ökning av vandringsresor till fjällen. Det känns positivt att många väljer att uppleva Sveriges fantastiska fjällvärld, kanske i stället för en utlandssemester.

**Covid-19 har många** andra effekter på samhället, men en som kan vara särskilt intressant är ökningen av digitala möten och föreläsningar. Tidigare har vi inom styrelsen efterfrågat att kunna delta i de stora internationella smärtekongresserna

digitalt utan att fått gehör, nu tar många steget över till både livesändningar och inspelade kongresser. Det gäller även för SPS smärtekongress i oktober.

**Nu när IASP har** uppdaterat definitionen för smärta kan de digitala framstegen förhoppningsvis underlätta diskussioner och samtal om hur vårdgivare i världen kan fortsätta att uppdatera kunskap och öka förståelsen för hur smärta fungerar. Utmaningen vid digitala kongresser är väl att avsätta tid själv och att hålla fokus, samt att kunna delta även med tidskillnaderna till andra länder. En internationell smärtekongress i USA genomfördes digitalt i juni, men krockade här med midsommar. Tidsfördröjningen till fredagskvällen blev i alla fall för mig ett hinder att kunna delta den gången. Mina patientmöten bestod före semestern av cirka 10 videobesök varje vecka. Eftersom jag har patienter som måste resa 1-2 timmar för att komma på ett 45 minuters besök har utvecklingen varit en klar förbättring för dem. Rent personligen har jag tack vare regelbundet inbokade videomöten också fått förbättrad kontakt med vänner som bor långt bort.

**Allt talar för att** vi kommer att få leva med Covid-19 under en överskådlig framtid. Jag ser fram emot att följa med i förändringarna som leder till förbättringar. Och att försöka hålla emot och ifrågasätta om förändringar styrs av rädsla och riskerar försämra folkhälsa eller miljö.

**Jag laddar mina batterier**, tar en paus från världen ett litet tag till, därefter får jag åter jobba på med patienterna, i Smärtektionen och mina engagemang för miljö och folkhälsa. Sämre kan man ha det.

# INNEHÅLL

- 4** Miljödiplomering - sammanställning 2019
- 6** Ny definition av smärta enligt IASP
- 8** Så här gör vi:  
Auskultation på Smärtcentrum Östra sjukhuset
- 11** Bokrecension - Smärtanalys
- 12** Ny avhandling:  
Förekomst och behandling av smärta
- 14** Ny avhandling: Physiotherapy in primary care for working-age patients with early back and neck paine

FOTO FRAMSIDA: SHUTTERSTOCK

## PÅGÅNG

**8-9 OKTOBER 2020**

SVENSKT SMÄRTFORUM  
DIGITALT VIA ZOOM



En tidskrift för Smärtsektionen  
inom Fysioterapeuterna

ÅRGÅNG 22 nr 3/2020  
ISSN 1402-4136

### ANSVARIG UTGIVARE

Annie Palstam, ledamot Smärtsektionen.  
Göteborgs universitet. Tel 070-142 13 61

### REDAKTION

Annie Palstam, vetenskaplig redaktör  
070-142 13 61

Mathias Andersson, redaktör  
073-818 07 01

Elena Tseli, redaktör  
073-581 21 41

Hanna Blomstedt, annonsansvarig  
073-564 17 82

### REDAKTIONSADRESS

smartsektionen@fysioterapeuterna.se

### MANUSSTOPP OCH UTGIVNING

nr 1 - utkommer v 12 manusstopp v 3  
nr 2 - utkommer v 25 manusstopp v 16  
nr 3 - utkommer v 41 manusstopp v 32  
nr 4 - utkommer v 52 manusstopp v 43

Vill du bidra med material till SENS  
– kontakta redaktionen se ovan, alternativt  
smartsektionen@fysioterapeuterna.se.  
Redaktionen förbehåller sig rätten att korta  
i manus. För insänt icke publicerat material –  
såväl text som bilder – ansvaras ej.

### ANNONSERA

Vill du annonsera i SENS – kontakta  
Hanna Blomstedt på 073-564 17 82,  
alternativt  
smartsektionen@fysioterapeuterna.se  
Du hittar även information om  
annonsering här:  
[www.fysioterapeuterna.se/smartsektionen](http://www.fysioterapeuterna.se/smartsektionen)

### PRENUMERATION

För medlemmar i Smärtsektionen  
ingår tidningen som en del av  
föreningsavgiften.

### SMÄRTSEKTIONEN FYSIOTERAPEUTERNA

#### Mathias Andersson, ordförande

Avdelning för Idrott och Medicin,  
Medicinsk Vetenskap, Högskolan Dalarna  
Smärtrehabilitering Säter och  
Smärtmottagning Falun, Region Dalarna

*För adressändring och medlemskap  
kontakta Fysioterapeuterna. Du kan  
också bli medlem på vår hemsida:  
[fysioterapeuterna.se/smartsektionen](http://fysioterapeuterna.se/smartsektionen)*

Layout: Treativ, Varberg, [treativ.se](http://treativ.se)  
Tryck: Eskils Tryckeri AB, Borås



# MILJÖDIPLOMERING

## Sammanställning av 2019 års miljöarbete

Under 2019-2020 har Smärtsektionen genomfört ett miljödiplomeringsarbete och är sedan 26 juni 2020 miljödiplomerade enligt Svensk Miljöbas. Syftet med miljödiplomeringen har varit att arbeta strukturerat med miljö- och hållbarhet, för att öka trovärdigheten i hållbarhetsfrågor, parallellt med att vi arbetar för att minska vår egen miljöbelastning. Intentionen är att agera pilotverksamhet för ett strukturerat miljö- och hållbarhetsarbete inom Fysioterapeuterna. En förhoppning finns om att Smärtsektionens arbete ska kunna ligga till grund för en inkludering av fler delar inom förbundet, med sikte att miljödiplomeringen på sikt kan omfatta hela förbundet. Här följer Smärtsektionens miljöberättelse - sammanställningen av 2019 års miljöarbete.

### SYFTE

Syftet med denna miljöberättelse är att beskriva vårt miljöarbete och de förbättringar vi genomfört. Denna berättelse finns tillgänglig för våra medarbetare och andra intressenter.

### 1. VERKSAMHETEN

Organisationen innefattar styrelsen i Smärtsektionen, som är en del av professionsförbundet Fysioterapeuterna. Fysioterapeuterna är ett professions- och fackförbund. Smärtsektionen har inga faktiska lokaler utan är en professionsutvecklingsverksamhet baserad på personer som bedriver ideellt arbete utöver sitt vanliga fysioterapiyrke. Styrelsen finns till för sina ca 900 medlemmar, alla är fysioterapeuter och är medlemmar i Fysioterapeuterna.

Vi producerar en professionstidning 4 gånger per år (SENS), vi anordnar och deltar på kongresser samt bedriver opinion inom vår profession med inriktning smärta och smärtrehabilitering. Styrelsemedlemmarna arbetar och bor på flera olika orter. Styrelsen planerar in såväl digitala som fysiska styrelsemöten, där vissa möten är förlagda till aktuella kongresser.

Våra betydande miljöaspekter är vår tidning SENS och våra resor.

### 2. GENOMFÖRDA MILJÖFÖRBÄTTRINGAR

I samband med införande av miljöledningssystemet Miljödiplomering enligt Svensk Miljöbas har vi:

- > Utsett en miljöansvarig.
- > Identifierat relevanta lagkrav samt kontrollerat efterlevnad av dessa genom en lagrevision.
- > Tagit fram en dokumenterad miljöutredning där vi identifierat våra miljöaspekter och vilka av dessa som är betydande.
- > Antagit en miljöpolicy.
- > Identifierat potentiella nödlägen samt en handlingsberedskap.
- > Tagit fram relevanta miljörutiner och implementerat dessa i verksamheten.
- > Genomgått grundläggande miljöutbildning (merparten medarbetare) och identifierat utbildningsbehov.
- > Tagit fram relevanta miljömål och

handlingsplan att arbeta efter.

- > Tagit fram rutiner för avvikelshantering.

#### 2.1 NYCKELTAL

För att kunna mäta och följa upp vår miljöprestanda följer vi valda nyckeltal kopplade till våra betydande miljöaspekter.

#### 2.2 ÖVRIGA MILJÖFÖRBÄTTRANDE ÅTGÄRDER

Vi har även utfört följande miljöförbättrande åtgärder:

Skrivit en rese- och mötespolicy, ökat antalet digitala möten samt ätit vegetarisk mat i samband med våra fysiska styrelsemöten.

Vi har deltagit i ett miljösymposium på Fysioterapidagarna; Om miljöproblemen och dess koppling till vår profession, vilket spelades in och finns att söka på Youtube.

Miljöpåverkande aktivitet	Nyckeltal 2019	Kommentar
Tidningen SENS	Andel papperstidningar i förhållande till medlemmar	Vi vill minska andelen som väljer papperstidning under 2020 med 10%, (det har inte funnits tekniska möjligheter under 2019)
Resor	Andel miljövänliga resor	Vi vill följa den uppsatta resepolicy under 2020



**miljödiplom**  
SVENSK MILJÖBAS

## Smärtsektionen, Fysioterapeuterna

Smärtsektionen, Fysioterapeuterna med organisationsnummer (884401-2669) har infört ett miljöledningssystem i enlighet med kraven i Svensk Miljöbas. Detta innebär att organisationen har:

- En aktuell miljöutredning där de betydande miljöaspekterna kartlagts
- En miljöpolicy, mål och handlingsplan
- Genomfört konkreta miljöförbättringar
- Utbildat samtliga medarbetare i grundläggande miljökunskap
- Förankrat och redovisat miljöarbetet
- En dokumenterad rutin för avvikelshantering
- Godkänts vid en revision av såväl dokumenterat som praktiskt miljöarbete.

Miljödiplomet är giltigt till och med

**26 juni 2021**

Göteborg den 26 juni 2020

Oscar Ölund

Utfärdare: Ramboll Sverige AB, 556133-0506





# Ny definition av smärta enligt IASP

I SENS läsekrets har den här nog inte undgått någon, den vedertagna 'Definitionen av smärta', så som den antogs av the International Association for the Study of Pain (IASP) år 1979. Nu, fyrtio år senare, har en ny definition klubbats igenom. Ett omfattande arbete som varade två år ligger bakom uppdateringen.

**Den fram tills nu gällande definitionen, från 1979,** "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (svensk översättning: "En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan") har haft ett stort genomslag i såväl klinik som i forskning och har även anammats av internationella organisationer som tex Världshälsoorganisationen (WHO). Beslutet att göra översyn av den rådande definitionen beskrivs därför, med tanke på dess breda tillämpning, som inte helt okomplicerat, men föregicks av flera inlägg i en sedan länge pågående debatt "för- och emot" den nuvarande definitionen. Ett uppdrag om att utreda frågan gick slutligen till en arbetsgrupp utsedd av IASP (en sk IASP Task force). I uppdraget ingick också att vid behov rekommendera en ny formulering, baserad i aktuell evidensbaserad kunskap. En sammanfattning av hur arbetet kring smärtdefinitionen gick till och vilka förändringar som slutligen blev resultatet av detta, har presenterats av arbetsgruppen [1].

**Den nya definitionen lyder:** "An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage." (svensk översättning saknas i nuläget). Definitionen har sedan tidigare varit vidhäftad med ett förtydligande avsnitt 'Notes' - och dessa har också reviderats nu (figur 1).

## Varför behövdes det en ny?

När den förra definitionen fastställdes år 1979 innebar den ett stort framsteg, bland annat eftersom den emotionella dimensionen av smärtupplevelsen inkluderades i beskrivningen. En annan viktig del i de förklarande avsnitten 'notes' var betoningen på att smärta är en subjektiv upplevelse. Många menar att den var väldigt "uppdaterad" för sin tid [2]. Men med de många kunskapsframsteg som gjorts under de gångna fyrtio åren var det ett flertal inom smärtfältet som påtalade behovet av en uppdatering, som bättre skulle inrymma vår förståelse av smärta idag. Flera konkreta förslag på alternativa formuleringar har också argumenterats för, och framförts i både artiklar och andra forum.

## Vad har kritiken gått ut på?

Den kritik som har framförts om den befintliga definitionen och notes har handlat om flera olika saker. Kritiken har handlat om att definitionen i sig är för begränsad; att den speglar ett alltför snävt synsätt, som utelämnar interaktionen mellan kropp och själ eller de väsentliga kognitiva och sociala komponenterna. Kritiken har också handlat om att definitionen inte i lika hög utsträckning omfattar hela populationen, tex nyfödda. En definition som förutsätter en verbal självrapporterad smärtupplevelse riskerar diskriminera smärtupplevelsen hos människor med nedsatt kognitiv eller språklig förmåga (såväl som djur) varför kritiken pekat på etiska problem med den nuvarande formuleringen. Språklig kritik har också framförts rörande innebörden



*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage."*

i enskilda ord, tex ordet 'unpleasant' och om dess betydelse verkligen kan anses omfatta riktigt svår smärta.

## Hur gjorde man för att ta fram den nya definitionen?

En internationellt sammansatt arbetsgrupp bestående av 14 personer med expertis inom olika relevanta fält tillsattes 2018 för att under en två-års period dels bedöma om det fanns ett behov av uppdatering av smärtdefinitionen och dess Notes och, i så fall lämna rekommendationer om hur dessa skulle se ut. Arbetsgruppen enades om några avgörande utgångspunkter: Definitionen måste vara valid för såväl akut som långvarig smärta, gälla för alla smärttillstånd oavsett bakomliggande patofysiologi och kunna tillämpas för såväl människor som djur. Viktigt var också att beskrivningen skulle utgå ifrån upplevelsen av smärta snarare än observationen av densamma. Man var enig om att definitionen måste

vara klar, tydlig och lättillgänglig samt att de förtydligande Notes också behövde revideras.

Arbetsgruppen tog sig an uppgiften från flera infallsvinklar; dels genom en så kallad "Delphi survey method", där olika experter inom området konsulterades och där månatliga webbkonferenser, e-postdiskussioner och face to face möten hölls mellan dess medlemmar. Råd inhämtades även från annan expertis; inom bioetik, filosofi och lingvistik. Dessutom inbjöds det bredare samhället (både IASP's medlemmar och allmänhet) att under en månad bidra med kommentarer till ett första förslag på ny definition + notes som presenterats på IASPs hemsida. Totalt besvarades enkäten av 808 personer, från 46 olika länder (en majoritet från USA). Enkäten besvarades till största delen av 'icke- IASP medlemmar', och av svaranden hade 58% koppling till klinik/forskning/utbildning medan resterande 42% var personer som själva levde med smärta/anhörig.

I enkäten fick man skatta dels i vilken grad man skulle vara nöjd med den föreslagna definitionen (från mycket nöjd till mycket missnöjd) och även bidra med feedback på förslaget både vad gäller själva definitionens formulering men även de medföljande Notes. Kommentarer analyserades sedan genom innehållsanalys varpå funna viktiga punkter diskuterades vidare. Några av utmaningarna var textproblemet med olika ords valör, vilket gjorde att man växlade fram och tillbaka med olika alternativ – då det visade sig att några av de nya förslagen kanske inte var bättre än originalet – varpå dessa byttes tillbaka. Men, baserat i alla dessa olika bidragande källor formulerades sedan ett slutgiltigt förslag som presenterades för IASP – och därpå fastställdes i början av detta år.

#### Hur blev det då?

I korthet kan sägas att den slutliga definitionen endast delvis omformulerades, vilket gör att den vid första anblick ter sig ganska lik den föregående. Flera ordval 'vägdes på guldväg', särskilt det kritiserade ordet 'unpleasant' gjorde några resor fram och tillbaka. Försöken att hitta ett 'bättre' ord resulterade i alternativ formulering med 'aversive' (ung. motbjudande) som i sin tur fick ännu mer kritik, varpå 'un-



pleasant' togs tillbaka i den slutliga versionen. Diskussioner om hur smärtans eventuella koppling till vävnadsskada skulle formuleras var också en stötesten och även här slutade det med att man delvis behöll den tidigare formuleringen men också la till ett förtydligande "...associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue injury" för att på så vis ändå kunna avskilja smärtupplevelsen från andra obehagliga upplevelser som tex illamående, klåda, yrsel.

**Notes reviderades** i större grad och stolpades upp så att varje punkt ger ytterligare specificeringar av smärta. Här lyftes in en rad förtydliganden, tex att smärta är en personlig erfarenhet, till skillnad från subjektiv, för att ytterligare befästa upplevelsens 'rätt att vara', man la också till mer om de psykologiska och sociala aspekterna och konsekvenser av smärta på funktion och mående. En egen punkt om olika sätt att uttrycka smärta inkluderar här alla de (människor/djur) som inte har möjlighet att kommunicera smärta verbalt.

En etymologisk del har också lagts till som ger en slags språkhistorisk inramning till ordet smärta. Därutöver görs en referens till att rätten till smärtbehandling utgör en fundamental mänsklig rättighet.

Vilken betydelse kommer den nya definitionen att få? För patienter och kliniker, för forskningen och för samhället i

stort? Det återstår att se. Enligt IASP är förhoppningen att denna nya definition även i fortsättningen ska vara levande och följa kunskapsutvecklingen, ett "work in progress".

**Slutord:** Min egen reflektion efter att ha läst beskrivningen av hur revideringsarbetet gick till är, i första hand en större förståelse- och viss ödmjukhet - för det komplicerade i att fastställa en definition. En definition som måste inkludera allt vad smärta är och samtidigt avgränsa mot vad det inte är, utan att utelämnas någon del av det mångfacetterade begreppet 'smärta'. Samtidigt är det tydligt att en definition inte bara är formalia, utan kan ha stor betydelse för tolkning och tillämpning av tex viss vårdpolicy.

ELENA TSELI

LEDAMOT I SMÄRTSEKTIONEN

#### Referenser

1. Raja, S.N.; Carr, D.B.; Cohen, M.; Finnerup, N.B.; Flor, H.; Gibson, S.; Keefe, F.J.; Mogil, J.S.; Ringkamp, M.; Sluka, K.A., et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020, 10.1097/j.pain.0000000000001939, doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Turner, J.A.; Arendt-Nielsen, L. Four decades later: what's new, what's not in our understanding of pain. *Pain* 2020, 10.1097/j.pain.0000000000001991, doi:10.1097/j.pain.0000000000001991.

# AUSKULTATION PÅ SMÄRTCENTRUM ÖSTRA SJUKHUSET

Smärtcentrum på Östra Sjukhuset är ett tvärprofessionellt multimodalt team på specialistnivå. Man tar emot patienter med olika typer av svåra långvariga smärttillstånd men har även uppdrag att behandla patienter med akut och malign smärta. I teamet finns både läkare, psykologer, fysioterapeuter, sjuksköterskor, medicinska sekreterare och enhetschef.

Varje torsdag samlas hela smärtteamet för teamkonferens och då finns samtliga yrkeskategorier representerade. Jag passade på att besöka smärtcentrum en torsdag och just denna dag var 15 personer från teamet samlade.

**Teamkonferensen började** kl.08.00 med en remissgenomgång, och idag fanns det nio nya remisser att diskutera. Efter att varje remiss diskuterats i teamet gjordes en bedömning, baserat på ett antal på förhand uppsatta kriterier, om patienten kan vara aktuell för ett besök på Smärtcentrum eller om svar med behandlingsförslag istället ska skickas tillbaka till inremitterande läkare. Därefter går diskussionen över till de aktuella patienter som är i behandling - där en ny vårdplan eller bedömning kan behövas för fortsatt behandling, alternativt avslut. Idag togs 31 patienter upp till diskussion. De flesta i smärtteamet verkar vara överens om att teamkonferensen spelar en avgörande roll i arbetet på smärtcentrum, samt är ett värdefullt tillfälle för hela teamet att träffas och tillsammans diskutera utifrån deras olika perspektiv och kompetenser.

**Patienter som kommer** till Smärtcentrum för första gången får träffa en läkare eller sjuksköterska i teamet för att göra en "probleminventering". Efter detta tas patienten upp för diskussion i teamet och en individuell bedömning och ett behandlingsförslag upprättas. Under de senaste åren har en stor omorganisation av arbetet på Smärtcentrum gjorts grundat på att man numera har ett uppdrag från regionen att behandla patienter med

olika typer av smärttillstånd. Patienter med långvarig smärta kan erbjudas insatser både individuellt eller i grupp. Det finns olika behandlingssår beroende på vilken problematik, vilka behov och vilka resurser den enskilde patienten har, berättar Eva-Lotte Karlsson, fysioterapeut på Smärtcentrum och specialist inom Smärta och smärtrehabilitering. Beroende på patientens behov och önskemål kan patienten erbjudas att få träffa fysioterapeut eller psykolog för en bedömning, alternativt tidsbegränsad behandlingsperiod. Den fysioterapeutiska behandlingen består ofta i form av hjälp att komma igång med anpassad fysisk träning eller basal kroppskänedom, individuellt eller i grupp. Psykologerna har individuella träffar med patienterna och arbetar med olika metoder såsom exempelvis Kognitiv Beteendeterapi (KBT) eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

**Om patienten bedöms** ha behov av insatser från både psykolog och fysioterapeut kan de erbjudas en relativt nystartad rehabiliteringsinriktning som fått arbetsnamnet "blå spåret". Detta innebär att patienterna erbjuds grundläggande smärtinformation i grupp och därefter samordnade individuella insatser av fysioterapeut och/eller psykolog, berättar Eva-Lotte. Det är väldigt positivt både för patienterna och för oss som behandlare, när man kan samarbeta samtidigt som patienten både får fysioterapeutisk och psykologisk behandling parallellt. Behandlingen utformas utifrån patientens behov och kan pågå under cirka ett halvår till ett år.

**För cirka ett år sedan** startade Smärtcentrum upp ett intensivt 10-veckors rehabiliteringsprogram. Programmet innebär att patienten träffar ett rehabteam bestående av smärtläkare, smärtsjuksköterska, fysioterapeut och psykolog för att upprätta en individuell rehabiliteringsplan. Därefter får patienterna grundläggande information om långvarig smärta utifrån olika perspektiv, där alla yrkeskategorier bidrar med sin specifika kunskap. Programmet är sedan gruppbaserat och består av två heldagar i veckan, då patienterna får träffa psykologerna i teamet under förmiddagarna, för att jobba med hantering av smärtans konsekvenser och fokusområden som stress, reglering av känslor, övningar i medveten närvaro, relationer och värderad riktning. Under eftermiddagen får de därefter träffa fysioterapeuterna, och behandlingen är uppdelad i två block: Det första blocket innebär kroppsmedvetandeträning. Övningarna kommer i första hand från basal kroppskänedom med syftet att stärka patientens "kroppsjagsfunktioner". Detta efterföljs av ett block med fysisk träning, som kan innebära individuell träning i gymmet, cirkelträning i grupp alternativt stavgång i något av naturområdena utanför sjukhuset. Utöver gruppbehandling träffar patienten hela teamet individuellt vid tre tillfällen för att följa upp den individuella rehabiliteringsplanen.

*Jag frågar Emma Varkey, som var med och utarbetade den fysioterapeutiska delen av programmet om hur tankarna gick:*  
"Tanken med upplägget av den fysioterapeutiska delen är att vi vill jobba med



rörelse, både avseende kvantitet och kvalitet. Många patienter med långvarig smärta behöver öka sin fysiska funktion och aktivitetsnivå. Detta är ett grundläggande mål i programmet. Vi testar patienternas syreupptagningsförmåga innan och efter programmet och av dem som genomgått programmet hitintills har vi sett att de allra flesta förbättrats. Ibland ser vi dock att behovet är det motsatta; patienter med långvarig smärta kan ha svårt för återhämtning och vila och de aktiverar sig mer än vad de egentligen klarar och orkar. Det kan handla om att vila ger ökad ångest eller att prestation är en viktig del av självbilden. Här försöker vi guida patienterna i att hitta träning på lagom nivå och det kan innebära att faktiskt dra ner på antalet timmar i veckan för fysisk träning till förmån för avspänning och vila.”

**När det gäller träning** av rörelsekvalitet används kroppsmedvetandeträning, framför allt basal kroppskänedom, som metod. *Jag frågar Emma både hur fysioterapeuterna och hur patienterna upplever arbetet med denna metod:*

”Vi upplever att detta kan vara otroligt hjälpsamt för att hitta balans mellan aktivitet och vila och att använda kroppen på ett mera gynnsamt sätt. Att kombinera behandling med kroppsmedvetandeträning och sedan direkt gå över till mer intensiv fysisk träning upplever vi också ger ett stort mervärde. Det blir en häftig dimension att först jobba med närvaro i kroppen och att utforska sitt rörelsemönster och sedan ta med erfarenheterna in i den fysiska träningen. För många blir det en aha-upplevelse, att det är samma principer! Orden grundning, andning, stabilitet och balanslinje som vi övar och pratar om i kroppsmedvetandeträningen blir begripliga för många när man tar in dem i ett marklyft eller när man går stavgång eller väntar på bussen på väg hem.” Ännu är Smärtcentrums rehabiliteringsprogram bara i startfasen och utveckling av programmet sker med hjälp av olika sätt att utvärdera varje program. Både via det Nationella Registret för Smärtrehabilitering, NRS, och genom att samtliga yrkeskategorier i rehabiliteringsteamet tagit fram specifika instrument för sina olika delar.



Fysioterapeuterna  
Birgitta Kihlbom och  
Emma Varkey

**Utöver rehabiliteringsprogrammet** har smärtteamet utvecklat andra gruppkoncept med information om smärta utifrån olika perspektiv. En grundläggande information är ”Smärtinfo” där en större grupp patienter och närstående vid ett tillfälle delges kunskap om långvarig smärta av läkare, psykolog och fysioterapeut. Sedan många år tillbaka håller psykologer tillsammans med fysioterapeut en ”Smärthanteringskurs” som omfattar tio tillfällen. Varje tillfälle omfattar två timmar och kursen hålls i grupper om cirka åtta deltagare. Det erbjuds dessutom en ACT-baserad fortsättningskurs sedan några år tillbaka.

*Jag frågar Emma om Covid-19 har påverkat deras arbetssätt och hon säger:*

”I samband med pandemin, då vi fått ställa om mycket av vårt arbete till att bli digitalt, har vi startat ett utvecklingsprojekt på Smärtcentrum där vi utvecklar en digital smärtinformation. Denna kommer bestå av föreläsningar från läkare, smärtsjuksköterska, psykolog och fysioterapeut med målsättningen att vår kunskap ska kunna bli tillgänglig för alla våra patienter. Projektet startade under våren och vi är i full gång med att ta fram information och spela in filmer.”

**Jag frågar Emma huruvida det pågår någon forskning i deras verksamhet:**

”På smärtcentrum kombinerar vi kliniskt arbete med forskning och undervisning. Det är det som gör att arbetet är spännande och roligt nästan varje dag!”

**På Smärtcentrum** finns en multidisciplinär forskargrupp med den övergripande målsättningen ”att utveckla och implementera effektiv, patientstyrd, opioidsparande smärtlindring vid akuta och långvariga smärttillstånd”. Just nu pågår en randomiserad kontrollerad studie, där effekterna av fysioterapi som tillägg till Spinal Cord Stimulation (SCS) utvärderas som behandling vid neuropatisk smärta. Efter att patienterna fått en SCS inopererad får de individuellt anpassad fysisk träning för kondition och styrka hos fysioterapeut två gånger i veckan under 6 månader.

**Grunden till studien** är att SCS är en dyr behandling i kombination med att vi vet ganska lite om vilka patienter med långvarig neuropatisk smärta som gynnas av den, berättar Emma. Många har goda effekter, men få patienter får fullständig smärtlind-



Fysioterapeuterna  
Birgitta Kihlbom och  
Eva-Lotte Karlsson

ring av interventionen. Det finns evidens för att aktiv, specifik och professionellt ledd fysisk träning ger bättre smärtlindrande effekt vid långvariga smärttillstånd än behandling där patienterna inte aktiveras fysiskt. I studien är tanken att kombinera två effektiva behandlingsmetoder; SCS och fysisk träning, och utvärdera vad kombinationen får för effekter.

**Eva-Lotte, som ansvarar** för den fysiska träningen i studien och träffar patienterna regelbundet berättar att fysioterapeuterna på Smärtcentrum inte har någon tidigare rutin av att träffa patienter för träning efter SCS-operation. Erfarenheter från studien är dock att många av patienterna i studien är väldigt nöjda när vi följer dem och hjälper dem med träning under 6 månader efter operationen.

**Under våren har även** ett projekt genomförts där man undersökt tilltro till egen förmåga att utföra fysisk aktivitet samt tittat på aktivitetsnivå hos patienter med långvarig smärta.

**Så det är en minst** sagt spännande verksamhet att besöka, där det byggs upp ett gediget program och finns ett starkt engagemang för att förbättra omhändertagandet för de patienter som lider av långvarig smärta.

**ÅSA ÖSTERLUND  
EMMA VARKEY**

LEDAMÖTER I SMÄRTSEKTIONEN



Smärtsjuksköterska  
Silva Litrop och Fysioterapeut  
Birgitta Kihlborn

# HEGU

Nordic  
Acupuncture

## Kvalitet och trygghet



Som Nordens ledande leverantör av akupunktur nålar har HEGU sedan starten 1993 producerat sterila akupunktur nålar under eget varumärke. Vi följer akupunktur nålens hela väg från tillverkning på fabrik till konsument. Våra kunder ska alltid veta vad de får; kvalitet och trygghet. Nu har alla HEGU-nålar fått nya förpackningar. HEGU Standard byter också namn till Classic och P-typ till Pura.

Besök vår nya sida där du hittar mer information om hela vårt nålsortiment.

[www.hegu.se](http://www.hegu.se)

# Smärtanalys - Diagnos, smärtmekanis- mer, psykologisk och social bedömning

FÖRFATTARE: BJÖRN GERDLE, EMMANUEL BÄCKRYD, MEHMED NOVO, ELISABETH ROECK-HANSEN, MATS ROTHMAN, BRITT-MARIE STÅLNACKE, HANS WESTERGREN, MARCELO RIVANO FISCHER.

UTGIVEN: 2020

ISBN: 9789144129006

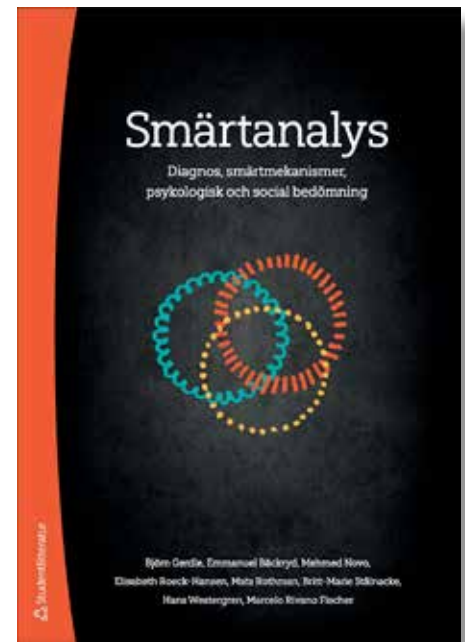
**Författarna till boken** består av idel erfarna kliniker inom svensk smärtvård. Boken utgår från version 10 av International Classification of Diseases (ICD-10) och intentionen är att läroboken ska vara riktad till läkarstudenter och AT- och ST-läkare.

**Boken beskriver primärt** smärtanalysens principiella komponenter, med en kortfattad beskrivning av vanliga smärtekategorier i en smärtmekanistisk klassificering. Författarna presenterar algoritmer för smärtekategorierna som inkluderar anamnes, klinisk undersökning, diagnostiska kriterier och typiska patientfall. Även modern smärtklinisk bedömning beskrivs, med diagnostiska kriterier enligt ICD-10, en smärtmekanistisk klassificering och en bedömning av psykologiska och sociala aspekter. Boken belyser även kortfattat vikten av bemötandet av patienten samt vissa försäkringsmedicinska aspekter.

**Överlag utgår boken** från en biopsykosocial helhetssyn, vilket enligt författarnas mening är en reell utgångspunkt för modern

smärtvård för att fånga smärtans komplexitet vad gäller uppkomst, diagnostik, behandling och rehabilitering. Ett stycke ger en tillbakablick på hur smärtvården i Sverige fungerat historiskt, med fokus på utmaningar och åtgärder, men här nämns även behov av framtida nivåstrukturering. Där bland annat ett nationellt arbete för kunskapsstyrning nämns, som del i ett förbättringsarbete av smärtvården.

**Ett kapitel behandlar** kommunikation, främst vikten av att bemöta patienten med smärta och förmågan att skapa en hållbar allians. Här tar författarna upp olika exempel på förklaringsmodeller som kan vara användbara i mötet med patienten, som del i arbetet med ett validerande förhållningssätt. I kapitlet nämns ett kliniskt arbetssätt från Smärtrehabiliteringen i Lund, där en specifik modell arbetats fram som används för att ställa riktade frågor till patienter. Modellen används även som en förklaringsmodell för patienter gällande den ofta mångfacetterade smärtupplevelsen och dess många konsekvenser.



**Sista kapitlet i** boken ger förslag på smärtanalys i praktiken genom beskrivning av olika komplexa patientfall. Detta inslag kan fungera som diskussionsunderlag för olika professioner som möter patienter med smärta.

**Denna bok kan absolut** vara hjälpsam för den tilltänkta målgruppen, där smärtvården i stort skulle vara hjälpt av utökad kunskap om smärtanalys hos läkarkåren. Även andra professioner kan finna stöd för att bättre bemöta smärtpatienter och med utökade förutsättningar planera för insatser i behandling och rehabilitering. Ett ytterligare användningsområde för boken kan vara som del i ett systematiskt arbete i team för utformandet av ett gemensamt synsätt för rehabiliteringsinsatser, med stöd i en fokuserad smärtanalys.

HANNA BLOMSTEDT  
LEDAMOT I SMÄRTSEKTIONEN



# Förekomst och behandling av smärta samt interventioner som bidrar till förbättrat smärtomhändertagande hos patienter på sjukhus.

VIVEKA ANDERSSON  
FIL DR, SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA  
HALLANDS SJUKHUS

**Smärta är vanligt** förekommande hos patienter som vårdas på sjukhus. Smärta förekommer hos 38-84 %, beroende på vilket tillstånd patienten vårdas för. Högre förekomst av smärta ses hos patienter som vårdas för operativt ingrepp jämfört med de som vårdas för medicinskt tillstånd. Smärta hos personer med cancersjukdom förekommer hos hälften av de med pågående onkologisk behandling och hos mer än 70 % av de med avancerad sjukdom. Hos barn och ungdomar ineliggande på sjukhus förekommer smärta av måttlig till svår intensitet hos 24-64 %, med en variation beroende på diagnos.

**Trots stora möjligheter** att lindra smärta optimalt med tillgång av en variation av behandlingsmetoder och effektiva läkemedel visar forskning att smärtbehandling är suboptimal. Otillräckligt behandlad smärta är fortfarande ett problem bland patienter på sjukhus. Faktorer som setts hindra adekvat smärtlindring vid cancerrelaterad smärta är dålig följsamhet till riktlinjer, bristande smärtskattning/smärtbedömning, rädsla för att administrera opioider, kunskapsbrist, patienters oro gällande missbruk och sidoeffekter av analgetika. Gällande postoperativ smärtbehandling ses orsaker som bristande kunskap hos personal, bristande smärtskattning, avsaknad av instruktioner och suboptimal behandling. Hos barn och ungdomar ses barriärer för god smärtbehandling såsom svårigheter i att skatta smärtintensitet hos mindre barn, bristande kännedom om nya tekniker, rädsla för sidoeffekter av analgetika, bristande kunskap hos personalen och tidsbrist. Förbättrad smärtbehandling behöver ej innebära utvecklande av nya läkemedel och ny teknologi. En effektiv organisation som tar tillvara befintlig kunskap och expertis har också stor betydelse. Med bakgrund av att forskning påvisat

smärta är ett flerdimensionellt symtom, bestående av såväl fysiologisk-, sensorisk-, affektiv-, kognitiv-, sociokulturell- och en beteendedimension, har användande av multimodala behandlingsmetoder utvecklats. Multimodal smärtbehandling innefattar användande av kombinationer av analgetika, där även tillägg av icke-farmakologisk behandlingsmetod kan ingå, såsom samtalsstöd, avledning, värme, kyla, fysisk aktivitet, akupunktur, massage eller transkutan elektrisk nervstimulering (TENS).

**Det övergripande syftet** med denna avhandling var att undersöka förekomst och behandling av smärta hos patienter på sjukhus, samt om interventioner kan förbättra smärtomhändertagandet. Avhandlingen består av fyra delstudier som involverar både kvantitativ och kvalitativ metod.

**Studie I är en kvantitativ** interventionsstudie. En basmätning gjordes med 306 vuxna patienter ineliggande på sjukhus som vårdades på medicin-, kirurg-, infektion-, öron-näsa-hals avdelning, ortoped-, urologi-, rehabilitering- och kvinnoklinik. En uppföljande mätning genomfördes med 296 patienter efter 2-3 år. Efter basmätningen genomfördes en intervention som bestod av tre delar:

1. Evidensbaserade riktlinjer sammanställdes och trycktes i fickformat, samt inför-



des i digital form på sjukhusets intranät. Riktlinjerna innefattade information om smärtfysiologi, smärtans dimensioner, smärtskattning och smärtbedömning. De innehöll även information om såväl farmakologisk som icke-farmakologisk behandling, med förslag på praktisk tillämpning för flera av de vanligast förekommande smärttillstånden hos patienter på sjukhus.

2. Undervisning för all personal om riktlinjerna.
3. Smärtansvariga sjuksköterskor infördes.

**Vid basmätningen** rapporterade 29 % måttlig till svår smärta i vila (NRS 4-10), motsvarande siffra i den uppföljande mätningen var 24 %. Vid båda mättillfällena angav 41 % måttlig till svår smärta vid rörelse. Andelen patienter som använt validerad smärtskattningsskala under vårdtillfället, ökade från 16 % vid basmätningen till 28 % vid den uppföljande mätningen. Vid båda undersökningstillfällena rapporterade 39 % av patienterna att de upplevde störd nattsömn på grund av smärta. Läkemedelsordinationer hade förändrats signifikant mellan de båda mättillfällena avseende; regelbunden ordination av paracetamol, ökat användande av NSAID och starka opioider, samt en minskning av svaga opioider. Andelen patienter med kombinationsbehandling av analgetika hade även ökat signifikant vid den uppföljande mätningen. Trots att det sågs mer ändamålsenliga analgetikaordinationer i den uppföljande mätningen, så visade resultatet ej på någon signifikant minskning av smärta i vila och rörelse. Andra studier där minskade smärtnivåer uppmätts, har innehållit fler delar i interventionen än vad vår studie gjorde; procedurspecifika riktlinjer, regelbunden smärtskattning, införande av smärtteam, specifik patientundervisning samt regelbunden kvalitetskontroll.

**Studie II är en tvärsnittsstudie** med beskrivande design. I studien deltog sextionio barn och ungdomar mellan 6-18 år som hade upplevt någon form av smärta under sjukhusvistelsen. Av dessa vårdades 53

barn/ungdomar ineliggande och 16 barn/ungdomar vårdades i samband med dagkirurgisk operation. (I följande text benämns samtliga studiedeltagare som barn).

**Det var 36 % av barnen** som hade måttlig till svår smärta i vila och 58 % vid rörelse. Sju barn upplevde svår smärta (NRS 7-10), såväl i vila som rörelse vid intervju tillfället. Det var 30 barn som angav att de upplevt procedurrelaterad smärta upptill det grundläggande smärttillståndet. Barnen ansåg att såväl smärtlindrande läkemedel (74 %) som icke-farmakologiska metoder (58 %) gav lindring. Den övervägande delen av barnen berättade för personalen då de hade smärta, några sa till ibland eller föredrog att prata med en förälder istället. Det var 28 % av barnen som angav att de hade fått använda en smärtskattningsskala under sjukhusvistelsen. Hälften av barnen var ordinerade paracetamol regelbundet, 26 % var ordinerade NSAID regelbundet och 14 % opioid regelbundet. Bland de icke-farmakologiska metoderna omnämnde barnen; stödjande samtal med förälder eller personal (26 %), fysisk aktivitet såsom dans, sjukgymnastik, rörelse och massage (9 %), kyla/värme, tryck mot smärtande område, avlasta och vila (20 %). Gällande kognitiv avledning (33 %), svarade barnen att de försökte tänka på annat, delta i lekterapi på avdelningen, skapa med händerna, använda mobiltelefonen, lyssna på musik och se på TV.

**Studie III är en kvalitativ** intervjustudie som analyserades med innehållsanalys. I den första fasen av studien sammanställdes skriftlig patientinformation gällande smärtlindring. I den andra fasen intervjuades 18 vuxna patienter som genomgått en större ortopedisk operation. Hälften hade fått muntlig information om smärtbehandling och hälften både muntlig och skriftlig. Studien undersökte variationer och mönster i patienternas uppfattning gällande muntlig och skriftlig information, samt vilken betydelse informationen hade för dem i postoperativt skede.

**Studie III visade** att patienter som genomgått ortopedisk operation ansåg att en kombination av muntlig och skriftlig information om smärtbehandling var att föredra. Den skriftliga informationen var något patienterna kunde gå tillbaka till, och som kunde stärka dem i att be om

extra smärtlindring innan smärtintensiteten blev för stark. Detta ökade deras känsla av delaktighet. Patienterna uppskattade då personalen bad dem skatta sin smärtintensitet med smärtskalan, eftersom det gjorde att de lättare kunde beskriva smärtan. Flera av patienterna i studien framhöll att personalen var mycket angelägna om att tillhandahålla smärtlindring och att administrera den snabbt när behovet uppstod, vilket upplevdes som mycket positivt. Att personalen uppfattades som engagerade, vänliga och omvårdande bidrog till en positiv upplevelse av smärtbehandlingen bland patienterna. Majoriteten önskade delaktighet, medan några uttryckte att delaktighet kunde kännas som en börda. De ville istället förlita sig helt på hälso- och sjukvårdspersonalens vård.

**Studie IV är en kontrollerad** interventionsstudie. I studien ingick 264 patienter med diagnostiserad cancersjukdom och självskattad smärtintensitet som var >3. Ett flerdimensionellt smärtformulär Brief Pain Inventory (BPI) samt ett symtomskattningsformulär Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), användes för att samla in data. Den första hälften av inkluderade patienter (132) utgjorde kontrollgrupp, den andra hälften interventionsgrupp (132). En basmätning genomfördes där alla patienter fick skatta svårighetsgraden av sina symtom via BPI och ESAS. De fick även svara på om de fått använda en validerad smärtskattningsskala under vårdvistelsen samt vad de ansåg lindrade smärta. Forskarna visade ej kontrollgruppens formulär för vårdteamet, patienterna fick vård som vanligt. Interventionsgruppens formulär presenterades för vårdteamet som hade hand om patienten. En uppföljande mätning genomfördes efter 3-5 dagar, då båda grupperna fick skatta symtomen via BPI och ESAS igen.

**Studie IV påvisade** att smärtintensitet och andra smärtrelaterade dimensioner och symtom, hade minskat signifikant i interventionsgruppen vid den uppföljande mätningen. Interventionsgruppens ifyllda smärtformulär hjälpte vårdteamet att fokusera på patientens smärta, analysera smärtmekanism och justera analgetikadoser. Värsta smärta senaste dygnet sjönk signifikant från medelvärde NRS 7,4 till 5,6 i den uppföljande mätningen hos inter-

ventionsgruppen. Även övriga variabler i BPI; smärta i genomsnitt, minsta smärta, smärta just nu, smärtpåverkan på allmänna aktiviteter, humör, gångförmåga, arbete, relationer med andra sömn och förmåga att njuta av livet, sjönk signifikant hos interventionsgruppen. Hos kontrollgruppen sågs en signifikant minskning av värsta smärta senaste 24 timmarna och smärtintensitet i genomsnitt. Det var 82 % av det totala urvalet vid basmätningen som angav att läkemedel lindrade smärtan, men flera omnämnde även icke-farmakologiska metoder som lindrande. Bland annat använde de sig av lägesändring, värme, TENS, massage och fysisk aktivitet. Trevlig omgivning, distraktion och gott bemötande av personalen gav också lindring.

**Sammanfattningsvis** visar avhandlingen att interventioner kan förbättra smärtbehandlingen hos patienter som vårdas på sjukhus. Patienter som orkar och vill vara delaktiga kan påverka den egna smärtbehandlingen. Det råder brister i smärtskattning, smärtbedömning, dokumentation och tillämpning av riktlinjer gällande analgetika, vilket gör att smärta ej behandlas så väl som den skulle kunna behandlas hos vuxna, ungdomar och barn på sjukhus. Icke-farmakologiska metoder är ett värdefullt komplement vid smärtbehandling, såväl för vuxna som för barn och ungdomar. Det är av stort värde både för den enskilde individen, vårdpersonalen och för hälso- och sjukvårdsorganisationen att smärta behandlas optimalt.

#### Länk till avhandling

<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/60808>

#### Delstudier:

I. Andersson V, Bergman S, Henocho I, Wickström Ene K, Otterström-Rydberg E, Simonsson H, Ahlberg K. Pain and pain management in hospitalized patients Before and after an intervention. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017;15:22-29

II. Andersson V, Bergman S, Henocho I, Simonsson H, Ahlberg K. Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care - a gap between what we know and what we do. Manuscript submitted.

III. Andersson V, Otterström-Rydben E, Karlsson A-K. The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain management nursing*. 2015;16(5):634-641.

IV. Anderson V, Bergman S, Henocho I, Simonsson H, Ahlberg K. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Supportive Care in Cancer*. 2019.



# Physiotherapy in primary care for working-age patients with early back and neck pain

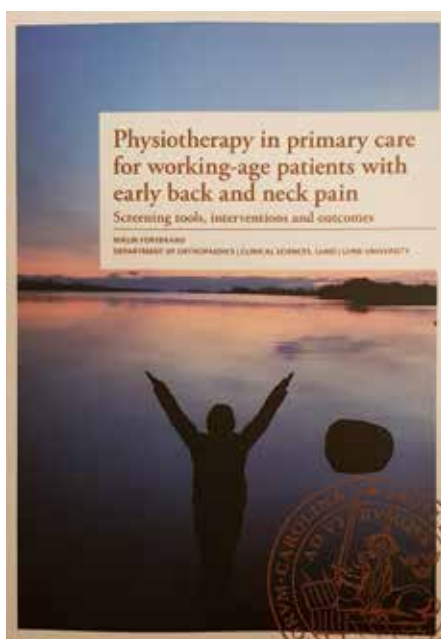
## - Screening tools, interventions and outcomes

MALIN FORSBRAND

LEG FYSIOTERAPEUT, DR MED VET

KARLSKRONA REHABCENTER, PRIMÄRVÅRDEN, REGION BLEKINGE, INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER I LUND, AVDELNINGEN FÖR ORTOPEDI, LUNDS UNIVERSITET.

**Smärta i nacke och rygg** är mycket vanligt och drabbar upp till 70-80% av befolkningen någon gång i livet. Besvär från rörelseorganen, framför allt från rygg och nacke är en av de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro i västvärlden. Patienter med dessa besvär utgör en stor andel av de som söker primärvården där fysioterapi ofta är första linjens vård. De flesta som drabbas av en akut smärta i nacke eller rygg har god prognos med en snabb återhämtning men många har återkommande besvär. För en del utvecklas besvären till ett långvarigt tillstånd och det är framför allt dessa tillstånd som får stora konsekvenser för individen i form av nedsatt funktion och aktivitetsförmåga och för samhället i form av sjukskrivning och produktionsbortfall. Ca 85% av alla rygg- och nackbesvär klassificeras som ospecifika där man inte kan påvisa någon specifik orsak till smärtan. Smärtan kan ha många olika orsaker och bör därför behandlas utifrån individens behov. Det saknas lättanvända verktyg inom primärvården som kan hjälpa vårdgivare att i tidigt skede identifiera de som riskerar att få långvariga besvär och därmed kunna individanpassa och förbättra kvaliteten på vården. Vi behöver också mer kunskap om vilka interventioner som kan främja hälsa och arbetsförmåga och förhindra att en akut episod av rygg- eller nacksmärta utvecklas till ett långvarigt besvär.



Det övergripande syftet med avhandlingen var att få djupare kunskap om primärvårdsinterventioner riktade till patienter i arbetsför ålder som söker för akuta/subakuta rygg- och nackbesvär, genom att studera screeningverktyg, fysioterapeutiska interventioner och resultaten av dessa avseende självrapporterade utfallsmått. Avhandlingen består av fyra delstudier.

**Delstudie I** var en metodstudie där vi va-

liderade ett nytt, kort frågeformulär Start Back Tool (SBT) gentemot det mer använda frågeformuläret Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (kort version). Vi undersökte hur de båda formulären stämde överens med varandra samt de båda frågeformulärens kliniska användbarhet för patienter med akut/subakut rygg och/eller nacksmärta (n=315). SBT screenar för fysiska och påverkansbara psykosociala riskfaktorer och används för att dela in patienterna i tre grupper utifrån risk för långvariga ryggbesvär och efter hur stora insatser som behövs. Tydliga åtgärdsstrategier har definierats för respektive riskgrupp och det har i tidigare studier visat sig vara en kostnadseffektiv strategi inom primärvården. De som har god prognos och bra resurser själva kan klara sig med färre besök, andra kommer att behöva mer omfattande insatser, och kanske att flera professioner kopplas in. Resultatet visade att frågeformulären stämde bra överens (måttligt starkt) men SBT var snabbare och enklare att använda, gav färre fel och tydlig vägledning om insatsnivå. Därför föreslår vi att SBT kan användas inom primärvården för individer med akut/subakut rygg- och/eller nacksmärta för att snabbt identifiera riskpatienter och vägleda insatsnivån.

**Delstudie II** var också en metodstudie (prospektiv, psykometrisk valideringsstudie)

där vi prövade om SBT formuläret kunde användas till att prediktera hälsorelaterad livskvalitet och självskattad arbetsförmåga vid långtidsuppföljning (n=238). Studiepopulationen bestod av patienter med akut/subakut rygg- och/eller nacksmärta (samma som för delstudie I). Patienterna fick besvara SBT formuläret vid första besöket hos fysioterapeuten och efter ca 12 månader fick de besvara frågor om självskattad hälsorelaterad livskvalitet och självskattad arbetsförmåga. Vid baseline klassificerades 43% av patienterna till låg risk, 45% till måttlig risk och 12% av patienterna till hög risk för långvariga besvär enligt SBT. Resultatet visade att det var mycket högre sannolikhet för patienter att ha såväl låg hälsorelaterad livskvalitet som nedsatt arbetsförmåga vid långtidsuppföljningen om de, då de sökte vård, klassades som hög risk enligt frågeformuläret SBT. Resultatet visade alltså att SBT också går att använda för att tidigt identifiera individer med rygg- och nacksmärta som riskerar att få nedsatt arbetsförmåga och/eller hälsorelaterad livskvalitet på lång sikt.

**Delstudie III** var en prospektiv randomiserad kontrollerad studie i primärvården med ett-årsuppföljningen som inkluderade 352 patienter med akut/subakut rygg och nacksmärta med risk för sjukskrivning (interventionsgrupp, n=146 och referensgrupp, n=206). Studien utvärderade Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA), en strukturerad dialog mellan fysioterapeut, patient och arbetsgivare, som tillägg till strukturerad fysioterapi avseende självrapporterade utfallsmått. Studien visade att självrapporterad funktion, hälsorelaterad livskvalitet och arbetsförmåga förbättrades över tid i interventionsgruppen, men det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i jämförelsen med referensgruppen. Denna studie ingick i ett större forskningsprojekt, där den tidigare publicerade studien visade att ADA gav god effekt på sjukfrånvaro efter ett år. ADA är en enkel och effektiv metod som vi därför kan rekommendera.

**Delstudie IV** var en deskriptiv kohortstudie som gjordes inom den randomiserade kontrollerade studien ovan (se delstudie III) och handlar om vilka typer av interventioner som rygg- och nackpatienter möts av i ett tidigt skede hos fysioterapeuten, d.v.s. innehållet i den strukturerade fysioterapin. I studien ingick 343 patienter. För varje

patient som deltog i studien fyllde den behandlande fysioterapeuten i ett behandlingsprotokoll där typ och omfattning av intervention registrerades under hela behandlingsperioden. Interventionerna sammanställdes i fem olika kategorier; fysisk träning, beteendemedicinska interventioner, manuell terapi, arbetsplatsinriktade åtgärder och fysikaliska modaliteter. Studien visade att fysioterapeuter erbjuder många olika typer av interventioner där den vanligaste sorten är fysisk träning. Endast 15 procent erhöll beteendemedicinska interventioner vilket möjligen är mindre än det borde vara, eftersom vi i efterhand kunde se att ca 25 procent av patienterna hade tecken på ångest, depression eller utmattning. Det kan handla om att fysioterapeuterna inte upptäckte detta eller att de satt in beteendemedicinska åtgärder utan att det rapporterades. Vi vet inte varför men det vi kan säga är att få remitterades vidare till kurator eller psykolog. Det kan också vara så att de behandlingspatienter fick var fullt tillräckliga.

**Sammanfattningsvis** visar avhandlingen att Start Back Tool är ett användbart screeningformulär i primärvården för att tidigt identifiera rygg- och nackpatienter med stor risk för långvariga besvär. SBT kan också användas för att vägleda vårdgivare i omfattning av behandlingsinsats i ett tidigt skede av rehabiliteringen. ADA, tillsammans med strukturerade, fysioterapeutiska behandlingsinsatser, förbättrade samtliga självskattade mått positivt över tid. Tidiga insatser och att tidigt involvera arbetsplatsen i rehabiliteringen är viktigt för att förebygga arbetsförmåga och ADA



Malin Forsbrand

är en enkel och effektiv metod som vi kan rekommendera. Det breda spektrumet av interventioner som fysioterapeuter använder för patienter med rygg- och nacksmärta i primärvården har noggrant beskrivits i denna avhandling.

**Sjukvården behöver bli** bättre på att tidigt fånga upp rygg- och nackpatienter med risk för långvariga besvär och att man tar ställning tidigt, helst redan vid första besöket. Studier har visat att det finns tendens till att man ger för stora insatser åt patienter med låg risk för långvariga besvär och underbehandlar patienter med många riskfaktorer. Den kliniska intuitionen är inte alltid att lita på. Fysioterapeuter måste våga göra skillnad på patienterna och ge verkligt personcentrerad vård. Att använda screeningverktyg kan hjälpa vårdgivare att snabbt identifiera riskpatienter och vägleda insatsnivån så att rätt insats kan ges till rätt person i rätt tid.

#### Länk till avhandling

[https://portal.research.lu.se/portal/files/75720779/Avhandling\\_Malin\\_Forsbrand\\_spikex..pdf](https://portal.research.lu.se/portal/files/75720779/Avhandling_Malin_Forsbrand_spikex..pdf)

#### Delstudier:

Delstudie II: Forsbrand MH, Grahn B, Hill JC, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Can the STaRT Back Tool predict health-related quality of life and work ability after an acute/subacute episode with back or neck pain? A psychometric validation study in primary care. *BMJ Open* 2018;8(12):e021748. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/12/e021748.full.pdf>

Delstudie III: Forsbrand MH, Turkiewicz A, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Long-term effects on function, health-related quality of life and work ability after structured physiotherapy including a workplace intervention. A secondary analysis of a randomised controlled trial (WorkUp) in primary care for patients with neck and/or back pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2020;38(1):92-100. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2020.1717081>

Delstudie IV: Forsbrand MH, Grahn B, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Physiotherapy interventions for working-age patients with acute/subacute back and neck pain in primary care – a descriptive cohort study. Manuskript.

# Vi övergår till elektronisk SENS

I och med vårt pågående miljö- och hållbarhetsarbete övergår SENS till elektronisk format. Önskar du ditt ex av SENS som papperstidning kontakta Smärtsektionen.

... se till att din mejladress finns registrerad hos Fysioterapeuterna för att inte missa utskick om elektronisk SENS!

SENS finns sedan ett par år tillbaka elektroniskt via vår hemsida och från och med SENS 3 2020 kommer vi vid utgivning av varje nummer att skicka ut ett mail med länk direkt till det nya numret på hemsidan, för nedladdning eller läsning direkt på webben.

